

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC
TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 27 JUILLET 1887

PAR

A. FOUGÈRE

Né à Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure), le 2 novembre 1862

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE GUSTAVE FIRMIN
3, PLACE DE LA MAIRIE, 3

MDCCCLXXXVII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. DOYEN
GRASSET. ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. COMBAL (※※).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (※).
Physique médicale.	MOITESSIER (※).
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (※).
Chimie médicale et pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale	PLANCHON (※※).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER.
Anatomie (Chargé du cours).	BIMAR.
Thérap. et matière méd. (Chargé du cours)	MOSSÉ (※).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ※※).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ※).
DUPRE (C. ※※).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards	HAMELIN (※), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BLAISE	MM. TRUC
MAIRET	BAUMEL	GERBAUD
BIMAR	VILLE	GILIS
MOSSÉ (※)	GRANEL	MALOSSE
REGIMBEAU (※)	FORGUE	

MM. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président*.
DUBRUEIL, *professeur*.
GERBAUD, *agrégé*.
BATLLE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Oncle Victor Fougère

A. FOUGÈRE

A mes Parents

A mes Amis

A. FOUGÈRE

A Monsieur le Docteur Auffret

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

Professeur aux Écoles de Médecine navale

Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Tédénat

A. FOUGÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548323_0043

INTRODUCTION

« L'occlusion intestinale est un accident fréquent : c'est aussi l'un des plus sérieux dont la chirurgie ait à répondre, l'un des plus sûrement mortels, si l'on n'y apporte un prompt remède, et trop souvent, malgré les soins empressés que l'on y apporte (1). »

C'est ainsi que s'exprimait, il y a deux ans, un des professeurs de nos Ecoles de Médecine navale, et c'est en lisant son mémoire sur les occlusions intestinales qu'il nous vint l'idée d'en faire le sujet de notre Thèse. Ce n'est pas que nous ayons la prétention de trancher les différentes questions qui tiennent à l'occlusion intestinale, et sur lesquelles les chirurgiens sont encore loin de s'entendre ; notre expérience est trop jeune pour essayer de résoudre ces problèmes, encore obscurs, malgré les travaux de Nélaton, de Besnier, de Henrot, de Ledentu, de Lefort, et, plus récemment, de Rafinesque, de Peyrot, de Bulteau et de tant d'autres. Nous voulons simplement, dans cette courte étude, résumer les symptômes et les indications exposées par nos Maîtres.

(1) Auffret, *Archives de Médecine navale*. — Novembre, 1885.

Notre Thèse sera divisée en trois parties.

Dans un premier chapitre, nous parlerons des symptômes de l'occlusion intestinale en général.

Dans un second, nous essaierons de donner les principaux signes du diagnostic, surtout au point de vue du siège et de la nature de l'occlusion.

Dans un troisième, nous exposerons le traitement, surtout au point de vue chirurgical, et nous placerons les trois observations d'entérotomie que nous devons à l'obligeance de M. Auffret.

Enfin, dans nos conclusions, nous résumerons en quelques propositions ce qui nous paraît devoir attirer le plus l'attention.

M. Auffret nous a fourni les quelques observations que nous exposons ici, et nous a permis de nous servir de son mémoire sur les occlusions intestinales, dans lequel nous avons largement puisé ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre vive gratitude à notre ami et collègue, M. le Dr Ilbert, qui nous a aidé dans nos recherches.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Tédénat pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

DES OCCLUSIONS INTESTINALES

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

TRAITEMENT CHIRURGICAL

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION — CLASSIFICATION — SYMPTOMES

Peyrot définit l'occlusion intestinale « un ensemble remarquable d'accidents résultant d'un obstacle mécanique quelconque au cours des matières intestinales ». Nous adoptons cette définition, qui s'applique à toute variété d'occlusion, mais avec la réserve cependant qu'il faut en excepter le cas où l'obstacle est constitué par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales ; car alors on se trouve en présence d'une hernie étranglée, qui est bien un type d'occlusion intestinale, il est vrai, mais dont les caractères et le traitement sont suffisamment nets pour justifier une description isolée.

Ainsi, toutes les fois qu'il y a arrêt des matières dans l'intestin, l'occlusion est constituée ; or, les causes de cet arrêt peuvent tenir à

des vices de position de l'organe, peuvent être des obstacles extérieurs à l'intestin, contenus dans l'épaisseur même de ses parois, ou dans sa cavité. Nous appuyant sur cette division des causes, nous distinguons quatre classes d'occlusion.

1° *Occlusions par vices de position.* — Ce groupe comprend : l'*invagination* ou *intussusception*, c'est-à-dire le renversement d'une portion du tube intestinal, qui se retourne à la façon d'un doigt de gant et s'engage dans la portion voisine. L'invagination constitue presque la moitié des occlusions intestinales et occupe très souvent le gros intestin. La *torsion simple* et le *volvulus*, ou *torsion compliquée*, se présentent parfois sous la forme de nœuds qu'il est bien difficile de s'expliquer.

2° *Causes extrinsèques. — Compressions et étranglements.* — Tantôt l'occlusion est produite par la pression d'un corps étranger volumineux (tumeur intra-abdominale quelconque) : c'est la *compression*. Tantôt l'intestin est comprimé dans un espace très restreint, et comme étranglé, soit dans le cas de hernie intra-abdominale, soit par une bride péritonéale ou épiploïque, ou encore par un diverticule intestinal : c'est l'*étranglement*.

3° *Causes pariétales. — Rétrécissements.* — L'*iléus* est un rétrécissement dû à un spasme de la tunique musculaire de l'intestin. On peut encore observer des rétrécissements cicatriciels à la suite de dysenterie, de syphilis, de fièvre typhoïde ; des rétrécissements par suite du développement d'un néoplasme dans les parois mêmes de l'intestin ; enfin des rétrécissements congénitaux.

4° *Causes cavitaires. — Obstructions.* — Les causes siégeant dans la cavité intestinale et pouvant donner lieu à des obstructions sont excessivement nombreuses : calculs bilieux, concrétions intestinales, scybales, noyaux, corps étranger quelconque introduit par la bouche ou par l'anus, etc., etc.

Quand l'obstacle s'oppose absolument à tout passage de matières ou de gaz, l'occlusion est *complète*; si au contraire une portion des matières peut franchir l'obstacle, l'occlusion est *incomplète*.

Après ce court exposé des causes et de la classification des occlusions, nous allons passer à la symptomatologie. Nous décrirons successivement les signes fournis par l'examen du ventre (inspection — palpation — percussion — auscultation — état des selles — vomissements — douleur); par le facies et les autres organes; par la circulation; par la respiration; par l'appareil urinaire; par le système nerveux.

APPAREIL DIGESTIF

Signes fournis par l'examen du ventre. — Inspection. — L'inspection du ventre nous permet de constater les changements survenus dans sa forme et dans son volume. Elle doit être faite avec soin, car elle est parfois un élément précieux de diagnostic; et si, assez souvent, dans le cours de la maladie, par suite d'une péritonite consécutive avec épanchement, l'accroissement du volume de l'abdomen devient uniforme sur tous les points, presque toujours, au début, il existe un moment où le ballonnement n'est pas régulier. Tantôt, l'obstacle occupant l'intestin grêle, les gaz développés en amont de l'occlusion distendent la partie centrale de la paroi abdominale: dans ce cas, la saillie est centrale ou ombilicale, c'est le ventre en pointe, avec affaissement de l'encadrement périphérique occupé par le gros intestin, qui est dans un état de vacuité complète. Tantôt, au contraire, l'occlusion siégeant vers la fin du gros intestin, les matières et les gaz s'accumulent dans ce dernier qu'ils distendent, et le centre est déprimé, tandis que la périphérie est ballonnée: c'est le ventre en entonnoir. Supposons encore que l'obstacle siége vers la partie médiane du côlon transverse: dans ce cas, le flanc droit sera ballonné, tandis qu'une dépression existera

dans le flanc gauche. On voit donc que le ballonnement peut être central, périphérique, ou latéral, et, comme la tuméfaction culminante est toujours dans le voisinage et en amont du point d'arrêt, ce signe, quand il peut être nettement constaté, est d'une grande valeur pour le diagnostic, surtout dans le cas d'intervention chirurgicale. Mais il ne faut pas oublier que c'est surtout au début de la maladie qu'il se produit, et que presque toujours il a disparu quand on songe à une opération.

Palpation. — De même que pour l'inspection, les signes fournis par la palpation de l'abdomen n'existent souvent qu'au début de la maladie, alors que le ventre n'est pas le siège d'un ballonnement trop considérable.

On peut alors, par une pression douce et ménagée, et lorsqu'elle ne provoque pas chez le malade des douleurs intolérables (cas dans lequel il faudrait s'abstenir) constater la présence d'une tumeur, si elle existe, et la délimiter, si on la sent. C'est aussi par la palpation, aidée des commémoratifs, et suivant le volume, la forme, la consistance, la situation, la direction de la tumeur, qu'on peut, dans un assez grand nombre de cas, dire si elle est extra-pariétale, intra-pariétale ou intra-intestinale. Il n'y a pas toujours tumeur dans le cas d'occlusion; mais, quand elle existe (obstructions, invaginations, tumeurs extra-pariétales), ce signe est d'un grand secours, non seulement pour le diagnostic de la maladie, mais encore pour la connaissance de la nature et du siège de l'obstacle.

Percussion. — La percussion vient en aide à la palpation, et lui sert de contrôle. Tantôt on percevra de la submatité ou de la matité dans le point où la palpation avait révélé l'existence d'une tumeur; tantôt la percussion dénote la présence, à la périphérie, d'une submatité en fer à cheval, signe d'un épanchement péritonéal; quelquefois enfin il n'existe que du météorisme, localisé ou généralisé.

La percussion doit être générale et faite avec ordre; elle doit partir de l'ombilic et rayonner dans tous les sens, du centre vers la périphérie.

Auscultation. — « Rien n'est à négliger ici : on semble ne pas s'être préoccupé des bruits de l'intestin ; ils peuvent cependant , dans des cas douteux, donner un appoint sérieux au diagnostic. A défaut d'autres signes, dans une observation, ils m'eussent guidé. Causés par le conflit des gaz avec les matières demi-liquides, ces bruits accompagnaient les coliques sous-ombilicales et ressemblaient à s'y méprendre , de l'aveu de tous, au choc du marteau hydrostatique. On les entendait à distance, ils s'arrêtaient brusquement au seuil du point d'arrêt. » (Auffret) (1).

État des selles. — Constipation. — La constipation est le premier symptôme de l'occlusion, et c'est celui dont la cessation annonce la fin de la maladie. Il est cependant quelques cas dans lesquels le malade a une selle, quelquefois abondante, lorsque l'occlusion est déjà établie : c'est le gros intestin qui se vide en aval de l'obstacle. Quelquefois aussi les purgations agitent la masse fécale et en détachent quelques parcelles qui, dans l'occlusion incomplète, sont évacuées ; mais ce ne sont pas là de véritables selles, et la voie reste obstruée. La constipation est un symptôme constant de l'occlusion , et l'absence complète de gaz par l'anus est le signe le plus certain de l'occlusion confirmée.

Nous ne traiterons pas ici du caractère des selles dans les différentes variétés d'occlusions, réservant cette étude pour le chapitre *Diagnostic*.

Vomissements. — Les vomissements constituent un symptôme constant et très pénible de l'occlusion. Ils sont en général un peu plus tardifs que la constipation ; mais « ils sont le symptôme initial lorsque l'occlusion est produite peu de temps après le repas, pendant la digestion stomacale. » (Jaccoud). Ils sont alors alimentaires et ont pour but de vider le bout supérieur de l'intestin. Dans tous les autres cas, ils sont précédés par la douleur et la constipation. Les vomissements,

(1) *Archives de médecine navale.* — Nov. 1885.

annoncés par des renvois, des régurgitations, des nausées, sont suivis de pâleur, de sueurs froides et d'une grande faiblesse, allant quelquefois jusqu'à la lipothymie. La plupart du temps incessants et entrecoupés de hoquet, ils peuvent cependant, dans les occlusions à marche lente, être séparés par des intermittences prolongées. Alimentaires et muqueux au début, ils deviennent ensuite bilieux, puis fécaloïdes, et sont alors d'une horrible fétidité. Ils ont un aspect porracé dans la péritonite par perforation.

Quel rapport y a-t-il entre la nature du vomissement et le siège de l'obstacle ? Nous le verrons dans le prochain chapitre, en même temps que les renseignements que peuvent nous donner les vomissements sur la nature de l'occlusion.

Douleur. — La douleur est un symptôme constant, et c'est le phénomène initial dans la forme aiguë. Elle est parfois atroce, déchirante (colique de *miserere*). D'autres fois elle est plus sourde, ou bien c'est un sentiment de poids épigastrique ou de constriction en ceinture. Au début elle est fixe, localisée en un point, et peut aider à fixer l'origine et le siège du mal ; mais elle s'irradie rapidement. Elle est exagérée par la pression, et calmée par l'ingestion de fragments de glace et par l'application de glace sur le ventre. « Les coliques sont dues aux contractions que fait l'intestin pour se débarrasser des matières qui l'obstruent ; elles commencent au-dessus de l'obstacle et s'y terminent. Elles sont constantes, mais intermittentes.... ; notoirement plus vives quand l'arrêt siège dans l'intestin grêle que s'il est dans le gros intestin ; quelquefois accompagnées de bruits caractéristiques que j'ai comparés à celui du marteau hydrostatique. Par leur constance et leur fixité elles m'auraient permis, à défaut d'autres signes, d'affirmer le point précis où se trouvait l'obstacle. » (Auffret) (1). Quand il y a péritonite aiguë généralisée, l'abdomen est d'une sensibilité excessive, météorisé ; le moindre contact provoque des douleurs, mais on ne saurait les confondre avec celles de l'occlusion.

(1) Auffret, *loc. cit.*

Facies. — La peau est froide, visqueuse, blanchâtre; les traits sont grippés, le nez effilé, les yeux enfoncés dans l'orbite et cerclés de noir, les oreilles livides, le corps et le visage marbrés de taches violacées. En quelques heures, le malade devient méconnaissable, et cet ensemble symptomatique est tellement frappant, qu'on lui a donné des noms typiques : facies grippé, hippocratique, abdominal, péritonéal. Le facies évolue comme la maladie : la transformation met quelques heures à s'effectuer dans les occlusions brusques, quelques jours dans les occlusions lentes; mais, quelle que soit la forme de l'affection, le facies présente toujours ces signes caractéristiques vers la fin de la maladie.

Circulation. — Le pouls est petit et rapide, filiforme et irrégulier. La température se maintient en général vers le minimum physiologique : 36° , $36^{\circ}5$; quelquefois elle se maintient encore plus basse, et, vers la fin de la maladie, elle s'abaisse de un ou deux degrés au-dessous, 35° . De même que pour le facies, la marche de la température suit la marche de la maladie : l'abaissement est rapide dans l'occlusion brusque, lent, et quelquefois presque nul, dans l'occlusion chronique. S'il survient une péritonite, le pouls devient plein et vibrant, et la température s'élève à 39° ou 40° ; et, si le liquide devient purulent, il y a exacerbation de la température tous les soirs. Enfin, si la température se maintient entre 35° et 36° , si le pouls est petit et dépasse 130 pulsations, il y a menace de mort prochaine.

Respiration. — Le hoquet est un signe d'une valeur incontestable, puisqu'il est constant, et que, né avec les accidents, il ne cesse qu'avec eux. Il accompagne les vomissements.

Pour la dyspnée, c'est un fait secondaire, dû à la gêne apportée dans le jeu du diaphragme par les matières et les gaz qui distendent l'abdomen; cependant cette gêne respiratoire est parfois inquiétante et peut mettre la vie du malade en danger. L'oppression est diminuée par la ponction, qui diminue le nombre des inspirations; et M. Auffret cite

un cas où la respiration, ayant atteint le nombre énorme de 48, tomba à 15 inspirations dès qu'une injection forcée eut partiellement rendu la perméabilité au tube intestinal. Il arrive quelquefois que la gêne respiratoire est tellement grande, qu'on entend à peine à l'auscultation le murmure vésiculaire.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de voir que la dyspnée augmente ou diminue avec la tympanite.

Excrétion urinaire. — L'urine est rare et épaisse ; elle est fortement colorée en brun. Ceci est expliqué par les vomissements fréquents, les sueurs et la diminution de la surface absorbante. Le malade a quelquefois de la rétention d'urine, et on est alors dans l'obligation de pratiquer le cathétérisme. Enfin, dans quelques cas, il y a suppression totale de l'urine.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de la plus ou moins grande quantité des urines au point de vue du siège de l'obstacle.

Système nerveux. — Après ce que nous avons dit à l'étude du symptôme douleur, nous n'avons plus qu'à ajouter que, dans l'occlusion, la prostration est extrême, et c'est elle qui explique les morts rapides dans cette affection. L'intelligence est intacte, mais le malade est plongé dans une torpeur excessive. Quelquefois il survient du subdelirium : c'est alors un signe de mort prochaine, surtout lorsqu'il est accompagné d'affaiblissement de la respiration et d'insensibilité du poulx.

Nous ne parlerons pas ici des complications pouvant survenir dans le cours de la maladie : péritonite généralisée, perforation, hémorrhagie, etc., car cette étude serait trop vaste pour le cadre de notre sujet. Qu'il nous suffise de savoir que souvent il existe, au niveau de l'obstacle, une légère péritonite localisée, et que, par suite de cette inflammation, il se développe des brides péritonéales, il s'établit des adhérences qui sont une contre-indication à certaine opération.

Maintenant que nous avons étudié en particulier chaque symptôme, nous allons donner, pour finir ce chapitre, le tableau succinct que Jaccoud fait de l'occlusion intestinale: « Un individu dont la santé a déjà été troublée antérieurement, ou qui était parfaitement bien portant, se plaint d'une constipation opiniâtre, son ventre se ballonne, son appétit se perd, sa langue se charge, des nausées surviennent, puis des vomissements, vomissements incessants, d'abord alimentaires et muqueux, puis bilieux, et prenant enfin peu à peu l'apparence des matières intestinales, c'est-à-dire fécaloïdes ; le ballonnement est porté à l'extrême, des coliques sourdes ou vives se font sentir, le hoquet se déclare, le facies se décompose profondément, les traits se grippent, il y a de la cyanose, la peau est froide et visqueuse, le pouls devient filiforme, la respiration s'entrave, l'agitation et l'angoisse se prononcent de plus en plus, et le malade succombe dans un état de colliquation et de prostration extrêmes, sans que les fonctions cérébrales aient été un seul instant troublées » (Jaccoud).

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Toutes les fois que l'on se trouve en face d'un malade soupçonné atteint d'occlusion, on doit se poser ces trois questions :

Le malade est-il atteint d'occlusion ?

Si oui, dans quel point de l'intestin siège-t-elle ?

Quelle en est la nature ? c'est-à-dire provient-elle d'un vice de position de l'intestin (invagination, volvulus) ? La tumeur est-elle en dehors de l'intestin, dans ses parois (rétrécissement), ou dans sa cavité (obstruction) ?

1° *Y a-t-il occlusion ?* — C'est la question la plus facile à résoudre. Pour cela on n'a qu'à rechercher tous les signes de l'occlusion, que j'ai étudiés dans le chapitre précédent, et que je résume ici en quelques lignes : constipation opiniâtre, vomissements, ballonnement du ventre, dyspnée, hoquet, facies caractéristique, prostration des forces.

Toutefois il est des cas où il peut y avoir confusion, et on pourrait prendre pour une occlusion, soit une hernie étranglée, soit un empoisonnement, soit des coliques saturnines, hépatiques ou néphrétiques, soit un cas de choléra, soit enfin une péritonite par perforation. Nous allons voir quels sont les signes qui peuvent en établir le diagnostic différentiel :

Avec une hernie étranglée. — De toutes les autres affections, c'est assurément celle-ci qui se rapproche le plus de l'occlusion, et par ses

symptômes, et par sa marche, et par sa nature. Et même, comme nous l'avons dit au début de cette étude, la hernie étranglée n'est autre chose qu'une variété d'occlusion, l'étranglement de l'intestin ayant lieu par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales. Avant de se prononcer pour une occlusion proprement dite, le médecin doit donc examiner avec soin tous les points susceptibles d'être le siège de hernies, et s'assurer qu'il n'en existe aucune (inguinale, crurale, ombilicale, diaphragmatique, lombaire, obturatrice, périnéale, vaginale, ou vagino-labiale).

Avec un empoisonnement. Avec des coliques saturnines, hépatiques ou néphrétiques. — Les commémoratifs, la constipation opiniâtre de l'occlusion, les signes spéciaux à chacune de ces maladies et n'existant pas dans l'occlusion, seront passés en revue, et feront éviter une erreur qui ne serait possible que dans un examen rapide et superficiel.

Avec un cas de choléra. — Ici encore un examen sérieux ne permet pas la moindre confusion, car le facies seul peut prêter à erreur.

Avec une péritonite par perforation. — On pourrait, il est vrai, par suite d'un examen incomplet, confondre une occlusion avec une péritonite. Mais ce que nous voulons surtout indiquer dans ce paragraphe, ce sont les signes qui feront reconnaître au médecin que la péritonite localisée, qui existe dans presque toute occlusion, s'est généralisée, donnant ainsi lieu à une complication redoutable et fréquente. Si, chez un malade atteint d'occlusion, la tuméfaction du ventre devient générale ; si la percussion dénote la présence d'une submatité en fer à cheval à la périphérie ; si la sensibilité de l'abdomen est exagérée, à tel point que la plus légère pression, le poids d'un cataplasme, d'une couverture, des draps, provoque chez le malade des douleurs intolérables ; si le pouls devient plein, vibrant, fréquent, et la température élevée, 39° à 40°, état en opposition complète avec le pouls misérable et la température basse des jours

précédents ; si les vomissements deviennent d'un vert porracé : on peut affirmer qu'il y a péritonite généralisée. S'il y a des frissons et, tous les soirs, exacerbation de la fièvre, c'est que l'épanchement devient purulent.

2° *Quel est le siège de l'occlusion ?* — Cette partie du diagnostic offre beaucoup plus de difficulté que la précédente ; mais cependant, dans beaucoup de cas, un chirurgien exercé, après examen approfondi de son malade, pourra arriver à reconnaître le siège à peu près exact de l'occlusion. Il est inutile, croyons-nous, d'insister sur la valeur de cette partie du diagnostic au point de vue des opérations qu'on peut être appelé à tenter dans le traitement de cette maladie ; nous en reparlerons du reste en étudiant l'entérotomie et la laparotomie.

Nous allons passer en revue les différents symptômes qui peuvent nous fournir des renseignements sur le siège de l'obstacle.

Forme du ventre. — Quand la saillie abdominale est centrale, ombilicale, quand le ventre est en pointe, l'obstacle siège dans l'intestin grêle ou vers la valvule iléo-cœcale.

Si, au contraire, la saillie est périphérique, avec un ombilic aplati, si la tuméfaction gazeuse dessine sous la paroi abdominale un cœlon bosselé, le siège de l'occlusion sera vers la fin du gros intestin.

Enfin quand un flanc est ballonné, tandis que l'autre est déprimé, l'arrêt se trouve au niveau du cœlon.

Il ne faut pas oublier que la tuméfaction culminante est dans le voisinage et en amont du point d'arrêt, mais que, pour percevoir ce signe, il faut examiner souvent et avec attention son malade et le suivre dès le début de la maladie ; car, la plupart du temps, le ballonnement devient rapidement général, surtout quand l'obstacle siège dans le gros intestin, auquel cas la tuméfaction envahit tout l'abdomen presque dès le début.

Tumeur. — La présence d'une tumeur, constatée à la palpation et à la percussion, est un des signes les plus sérieux au point de vue du siège de l'occlusion. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par maintes causes d'erreur qui peuvent se présenter, et il faut, autant que possible, que la palpation ait lieu avant que le ballonnement ne soit trop considérable et avant qu'une péritonite consécutive n'ait amené un empâtement général.

Signes fournis par l'inspection de l'anus. — Quand il existe du ténesme rectal, l'obstacle siège le plus souvent à la fin du gros intestin, et est probablement dû à l'irritation causée par la présence de la tumeur. Dans ce cas, le toucher rectal ou l'introduction d'une sonde en gomme peuvent donner une idée juste de la distance du point d'arrêt. On peut encore déterminer approximativement cette distance par la quantité de liquide qui aura pénétré dans le tube intestinal à la suite d'une injection.

Vomissements. — On a voulu donner une importance assez grande à la précocité des vomissements; mais, d'après Hilton et Briant, la précocité des vomissements tient plus à l'étroitesse de l'occlusion qu'à son siège.

D'après Jaccoud, les vomissements bilieux et sanguinolents, sans vomissements fécaloïdes, indiquent une occlusion haut placée; d'après Besnier, l'état fécaloïde est le même, que le siège de l'arrêt soit dans le gros intestin, ou qu'il soit dans l'intestin grêle.

Douleur. — La pression ne détermine ordinairement aucune douleur lorsque l'occlusion occupe le gros intestin.

Quand la douleur peut être saisie au début, elle peut servir au diagnostic, car elle part d'abord de l'obstacle pour s'irradier ensuite. Elle peut être exagérée par la pression, quand elle siège dans l'intestin grêle, et alors le diagnostic en profite, surtout s'il y a au même point tumeur et matité. Ajoutons que ces cas sont fort rares.

Sécrétion urinaire. — Il est généralement admis que plus l'urine diminue, plus l'obstacle est élevé. Cela s'explique par la diminution de la surface absorbante. Plus les urines sont rares, plus elles sont épaisses et foncées. Ce signe tiré de la quantité de l'urine excrétée est d'une grande valeur pour les Anglais ; pour Jaccoud, il induirait souvent en erreur.

Si tous ces signes, pris en particulier, ne permettent pas au chirurgien de diagnostiquer le siège de l'occlusion, il n'en est pas moins vrai que souvent, par leur réunion, ils constituent un élément certain de diagnostic.

Quelle est la nature de l'occlusion ? — En 1854, alors que l'entérotomie était seule pratiquée, Savopoulo, dans sa Thèse inaugurale, s'exprimait ainsi : « Le diagnostic différentiel des diverses causes d'étranglement interne, impossible à établir, devient aujourd'hui inutile, l'indication étant la même dans tous les cas. » Il se peut que cette proposition fût juste au temps où elle fut écrite ; mais, à l'heure actuelle, elle nous paraît doublement fausse. D'abord, parce que, dans beaucoup de cas, il est sinon facile, au moins possible, à un médecin expérimenté de reconnaître la nature de l'occlusion ; ensuite, parce que les indications sont loin d'être les mêmes au point de vue opératoire.

Dans ce paragraphe, comme dans le précédent, nous allons passer en revue tous les symptômes ; puis nous donnerons un tableau résumé des signes qui peuvent faire reconnaître chaque variété d'occlusion.

Inspection et palpation. — Si l'inspection n'indique rien au point de vue de la nature de l'obstacle, il n'en est pas de même de la palpation. Celle-ci, bien faite, peut donner des renseignements précieux sur la forme, le volume, la direction, la consistance de la tumeur abdominale, quand elle existe, et rien que par ces signes, qu'on ne pourrait étudier en détail, et dont l'appréciation est laissée au juge-

ment du chirurgien, on peut quelquefois reconnaître si cette tumeur est extra-pariétale, intra-pariétale ou intra-intestinale.

Tous les auteurs qui ont étudié la question, Besnier, Peyrot, etc..., considèrent la présence d'une tumeur comme étant constante dans l'invagination ; mais on ne la découvre pas toujours. Elle est en général cylindrique et bien limitée. Il faut toujours s'inquiéter du commémoratif, car les tumeurs que l'on découvre dans l'abdomen peuvent être un symptôme de diathèse (syphilitique, cancéreuse), et amener une compression intestinale.

Etat des selles. — Constipation. — C'est un des symptômes les plus importants au point de vue du diagnostic différentiel.

Tantôt la suppression des selles est brusque, au milieu d'une santé parfaite ; la dernière selle était normale ; c'est un signe d'arrêt foudroyant (étranglement, volvulus). Tantôt au contraire le malade était atteint depuis longtemps de troubles digestifs ; il avait des alternatives de diarrhée et de constipation ; les matières étaient morcelées et comme passées à la filière : il y avait là un travail morbide, faisant peu à peu des progrès, jusqu'à l'établissement définitif de l'occlusion, la plupart du temps, par rétrécissement.

Quand l'occlusion est incomplète, une partie des matières trouve issue à l'extérieur, et, dans le cas d'obstruction, on y trouve souvent le corps du délit (petits fruits entiers, haricots, noyaux, calculs, etc...)

Les selles rares, peu abondantes, muqueuses, sanglantes, à allure dysentérique, avec ou sans ténesme, sont données aujourd'hui par tous les auteurs comme caractéristiques de l'invagination. En parlant de leur aspect sanguinolent, Cruveilhier dit : « Ce signe ne manque jamais, et je le regarde comme pathognomonique. » Il y a là de l'exagération, car, pour que les selles soient sanglantes, il faut qu'il y ait inflammation, et par suite hémorrhagie, ce qui n'arrive pas nécessairement dans toute invagination.

Vomissements. — Dans l'occlusion brusque (étranglement par une bride, volvulus), ces vomissements du début sont alimentaires ou bilieux.

Nous avons vu que les vomissements d'un vert porracé traduisaient l'état inflammatoire du péritoine.

Dans les occlusions à marche lente, il peut y avoir des intermittences prolongées entre les vomissements.

Douleur. — Atroce, déchirante, accompagnée d'une grande dépression des forces, elle est un signe de l'étranglement interne. Dans ce cas, la douleur siège surtout dans la fosse iliaque droite.

Facies. — Quand les traits se transforment rapidement, et que le facies devient en quelques heures caractéristique, c'est toujours un signe certain de gravité (étranglement, volvulus). Au contraire, quand l'évolution est lente, l'affection est moins grave et à forme chronique.

Circulation. — « Dans l'occlusion rapide, la température tombe brusquement au dessous de la normale, et se maintient basse avec de légères oscillations : 36°, 35° 5. Le pouls est petit, très fréquent. Des sueurs froides, visqueuses, perlent au front.

» Dans l'obstruction, le pouls descend lentement. Et c'est peut-être là un des signes qui est destiné à éclairer le mieux la nature de l'arrêt, si l'on a pu le recueillir à temps.

» Dans les rétrécissements, dans les occlusions chroniques, température et pouls varient peu autour de la normale; ce n'est qu'après, que l'élévation ou abaissement se produiront suivant la marche de la maladie et la nature des symptômes. » (Auffret, *loc. cit.*).

Système nerveux. — La dépression des forces marche avec le facies, et nous n'avons pas besoin d'y insister.

Maintenant nous allons essayer de donner, dans un tableau succinct, les signes des différentes variétés d'occlusion.

1° Étranglement. — Le début est souvent brusque et très douloureux, et survient, la plupart du temps, à la suite d'un effort violent, d'un écart de régime ou d'une indigestion ; la marche des accidents est très rapide : la voix s'éteint, l'urine est supprimée ; quelquefois il existe des crampes dans les mollets, des spasmes convulsifs dans les muscles de l'avant-bras et de la main ; le facies s'altère profondément et très vite. Ces symptômes ressemblent à ceux du choléra ; mais, parfois aussi, le début est obscur et la marche lente.

La douleur est atroce, déchirante, souvent localisée vers la région iliaque droite et l'ombilic ; le malade prend des postures étranges, et son visage exprime la douleur la plus vive. Les vomissements sont rapides, fréquents, tenaces, souvent fécaloïdes. Parfois il y a une selle normale dans les premières heures des accidents, puis constipation absolue. La température s'abaisse rapidement ; le pouls est petit, fréquent, déprimé, misérable.

Le volvulus présente des symptômes assez semblables à ceux de l'étranglement ; mais l'absence de tout antécédent morbide est en faveur de la torsion ou du volvulus, tandis que des troubles digestifs antérieurs, une ancienne péritonite, une hernie disparue spontanément ou à la suite de taxis, indiquent un étranglement, soit par une bride péritonéale, soit par le collet du sac herniaire.

2° Invagination. — « On peut dire qu'en général les symptômes de l'invagination sont moins prononcés que dans les autres formes de l'occlusion intestinale. » (Thèse de Le Moine. — 1879). C'est la forme d'occlusion la plus commune (70 p. 100). Elle survient surtout chez les enfants (au-dessous de 4 ans, il n'y a pas d'autre diagnostic), chez les individus affaiblis, débilités, cachectiques.

La marche est moins aiguë et moins rapide que dans le cas précédent. Le ballonnement est moins considérable et plus tardif, existe

surtout dans le flanc droit, tandis que le gauche est dépressible (signe indiqué par Dance). On constatera souvent, dans le flanc droit, une tumeur ovoïde, allongée, cylindroïde, quelquefois mobile, formée par le cylindre invaginé. La douleur est modérée, gravative, et ne présente pas le caractère térébrant de l'étranglement ; les coliques sont profondes et sourdes. La constipation n'est pas absolue : les selles sont de nature dysentérique, muqueuses, sanguinolentes, accompagnées quelquefois d'épreintes et de ténésme et pouvant contenir des portions d'intestin sphacélé, ou même un fragment tubulaire d'intestin qui s'est éliminé spontanément. Les vomissements sont bilieux, rarement stercoraux.

Par ses caractères spéciaux, l'invagination est la variété d'occlusion le plus aisément reconnaissable.

3° *Rétrécissement*. — Il faut voir si le malade n'a pas été atteint de syphilis, de dysenterie, de fièvre typhoïde, maladies qui, donnant lieu à des ulcérations, prédisposent aux rétrécissements cicatriciels.

La marche de cette affection est chronique ; les fonctions du tube digestif sont troublées, les digestions sont irrégulières ; il y a du gonflement, des alternatives de diarrhée et de constipation ; les selles sont morcelées, passées à la filière. Mais tout à coup l'allure se précipite, les accidents deviennent aigus et rapides, et ressemblent alors à ceux de l'étranglement.

Le rétrécissement existant souvent vers l'extrémité du gros intestin, il ne faut pas oublier les perquisitions dans le rectum.

Si le rétrécissement est dû au développement d'un cancer, il faut rechercher les signes de la cachexie cancéreuse, et voir s'il n'existe pas de productions néoplasiques dans les autres organes. Le cancer survient plus souvent chez l'homme, n'apparaît presque jamais avant 40 ans, et son siège de prédilection est le gros intestin.

4° *Obstruction*. — On insistera sur les commémoratifs : aliments, corps étrangers, ascarides, accidents hépatiques, etc...

Les symptômes sont les mêmes que dans les autres occlusions. Les accidents sont moins rapides et moins inquiétants que dans l'étranglement, les forces moins déprimées ; l'abaissement de la température est moindre et plus lent.

Quand l'obstruction est due à un amas de matières stercorales, elle débute insidieusement par des troubles digestifs, des douleurs vagues, une constipation de plus en plus opiniâtre, qui dure quelques jours, est suivie d'une débâcle, mais revient bientôt. Il y a ainsi des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais l'obstruction s'accroît chaque fois davantage, puis devient complète, et présente le tableau de l'occlusion.

5° *Compression intestinale par une tumeur.* — Quand la tumeur était antérieure et connue du médecin, le diagnostic n'offre aucune difficulté ; mais, si elle est d'origine récente ou inconnue, l'erreur est fréquente et excusable.

On consultera le commémoratif ; on aura recours à la palpation, à la percussion, au toucher vaginal, au toucher rectal ; on recherchera les signes de cachexie ou la présence de néoplasies secondaires.

Généralement la constipation est progressive, ainsi que le ballonnement, qui est moins prononcé que dans les autres variétés d'occlusion, surtout au début.

6° *Iléus et pseudo-étranglements.* — Dans l'iléus, la résolution des accidents est relativement facile et sans évacuation spéciale.

Il est une autre source d'obstruction qui a été spécialement étudiée dans la Thèse de M. Henrot : ce sont les pseudo-étranglements, dans lesquels il n'existe aucun empêchement mécanique au cours des matières et qui présentent cependant, mais avec prédominance des symptômes généraux, les symptômes d'une occlusion. Je ne ferai que mentionner ici ce cas pathologique.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous voici au point le plus difficile et aussi le plus important de la question.

Pour établir un traitement rationnel, il faut d'abord fixer le diagnostic d'une façon précise, autant que possible, et dès le début de la maladie, si faire se peut. Car, si l'intervention chirurgicale ne compte pas plus de succès, c'est que, la plupart du temps, on n'a recours à elle qu'à la dernière extrémité, alors qu'une opération faite dans de meilleures conditions, et plus tôt, aurait pu sauver le malade. Malheureusement le chirurgien se trouve ici aux prises avec beaucoup de difficultés : refus du malade, supplications de la famille de le guérir sans lui faire *l'opération*, et souvent aussi incertitude du diagnostic, au moment du moins le plus favorable à l'intervention. Pour toutes ces raisons, il faut épuiser d'abord les différents moyens employés. Tous ces moyens curatifs comptent quelques succès ; mais, la plupart du temps, ils sont impuissants, et on ne peut songer à régler leur emploi dans tel ou tel cas d'occlusion, leurs effets étant loin d'être toujours les mêmes.

Nous allons rapidement les énumérer, pour passer de suite au traitement chirurgical.

Traitement médical. — Comme moyens agissant mécaniquement, nous citerons : le mercure et les balles de plomb (ne sont plus employés), l'huile d'olive en grande quantité ; l'insufflation, pratiquée par Hippocrate, et qui a donné quelques succès de nos jours ; les injections

forcées, à l'aide de siphons, le massage, la malaxation, etc.... A une période avancée de la maladie, il faut rejeter tous ces moyens comme dangereux, car ils peuvent amener la rupture d'un intestin ulcéré.

D'autres agents agissent en sollicitant les contractions intestinales : opium, belladone, tabac en lavements, purgatifs huileux ou drastiques, vermifuges ; l'électricité indiquée par Leroy d'Etiolles ; le café, la noix vomique, l'ergot de seigle, l'émétique, etc.

On a encore employé la glace *intus et extra*, les pulvérisations d'éther, le chloroforme, les émissions sanguines, les bains prolongés, le curage rectal, les suppositoires de gélatine, le cathétérisme de l'intestin, etc.

Traitement chirurgical. — Tous les agents médicaux ayant échoué, le chirurgien peut intervenir de trois façons différentes : par l'entérocentèse, la laparotomie, ou l'entérotomie. Disons d'abord quelques mots de l'entérocentèse, qui, à proprement parler, n'est pas plus une opération chirurgicale que la thoracocentèse ou la thoracentèse abdominale ; puis nous passerons à l'étude de l'entérotomie et de la laparotomie.

Entérocentèse. — Quand l'abdomen est trop distendu par les gaz ou par les matières, les ponctions capillaires, aidées même par l'aspiration, peuvent rendre de réels services. Elles sont donc indiquées dans la pneumatose exagérée, alors surtout que les mouvements respiratoires sont gênés et que la dyspnée est intense. Ces ponctions peuvent être répétées un aussi grand nombre de fois qu'on le jugera nécessaire, et n'offrent aucun danger. On ne cite comme complication qu'un seul cas de fistule stercorale.

Entérotomie et laparotomie. — « La gastrotomie est toute ouverture faite à la paroi abdominale, avec cette remarque qu'on l'applique plus spécialement à l'ouverture de l'abdomen pratiquée dans le but de faire cesser un étranglement interne ou d'extraire des corps étrangers

contenus dans l'estomac. » (Dubrueil. — *Médecine opératoire*). La laparotomie s'applique à la première partie de cette définition : c'est la gastrotomie pratiquée dans le but de réduire une occlusion.

L'entérotomie, c'est l'établissement d'un anus artificiel, donnant issue aux matières contenues dans l'intestin.

Dès l'antiquité on ouvrit l'abdomen dans certains cas d'occlusion : Proxagoras de Cos, et, après lui, Léonidès d'Alexandrie, pratiquèrent la laparotomie. Puis il n'est plus parlé de cette opération jusqu'au XVII^e siècle, où la connaissance de l'étiologie des occlusions fait soulever de nouveau la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les cas d'occlusion abdominale. Paul Barbette écrit en 1676 : « Lorsque les moyens ordinaires ont été inefficaces, ne conviendrait-il pas d'ouvrir les muscles et le péritoine pour dégager l'intestin, plutôt que de laisser périr le malade ? » Plus tard, en 1768, Hévin répondait : « Ce procédé fatal à l'humanité ne sera plus cité par nous sous le nom d'opération, lequel offre naturellement une idée de secours et de bienfaisance. » A la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, on incline vers la création d'une voie artificielle aux matières intestinales, c'est-à-dire vers l'entérotomie. En 1825, Seckendorf de Leipzig essaie de faire adopter l'entérotomie pratiquée sur l'intestin grêle ; mais elle n'est guère appliquée qu'après le mémoire de Maisonneuve (1844), et après que Nélaton en a posé les règles. On adopta d'autant mieux cette opération, que deux insuccès de laparotomie de Dupuytren et de Malgaigne firent abandonner presque complètement celle-ci. Nélaton associait les deux procédés, et, pour lui, la gastrotomie conduisait nécessairement à l'entérotomie : après avoir ouvert l'abdomen et être allé à la recherche de l'occlusion, il procédait à l'établissement d'un anus artificiel. Aujourd'hui la laparotomie tend à reprendre la première place, et, aux ennemis de la gastrotomie, qui invoquent la difficulté de trouver le siège et la nature de l'obstacle, le danger de rencontrer des adhérences et les risques de l'opération, on peut répondre que le siège et la nature de l'occlusion, ainsi que la présence d'adhérences, peuvent être le plus

souvent diagnostiqués, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, et que, depuis les progrès de l'antisepsie moderne, les risques de l'opération sont en grande partie écartés, que la laparotomie ne saurait être plus dangereuse que l'ovariotomie, qui est maintenant pratiquée couramment, et compte un nombre considérable de succès. « Nous pensons, dit Trousseau dans sa *Clinique médicale*, que l'entérotomie ne doit être faite que dans le cas où il y a nécessité absolue d'ouvrir un anus artificiel, c'est-à-dire dans les cas où l'intestin est gangrené ou rétréci par des lésions de tissu ; mais, lorsqu'il y a simplement volvulus, invagination de date récente, ou étranglement par brides cellulaires, par adhérence de l'appendice iléo-cœcal ou d'un diverticule de l'intestin, nous pensons que, ces causes d'occlusion étant reconnues et l'intestin n'étant point gravement lésé, il suffit de détruire les différentes causes de l'étranglement interne. » Et Peyrot, qui a bien étudié la question, écrit dans son *Traité de pathologie externe* : « Actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, l'entérotomie est rentrée au second plan. L'ouverture du ventre, qui permet d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire disparaître, est la véritable opération curative. L'entérotomie n'est qu'une opération palliative ; mais nous devons convenir tout de suite que ses indications sont encore infiniment nombreuses. » Voilà ce que certains chirurgiens paraissent oublier, et, partisans farouches d'une opération, ils ne pratiquent qu'elle, malgré les contre-indications qui existent parfois. Et ce sont les règles, encore obscures, qui président au choix de l'une ou l'autre opération que nous allons essayer d'exposer.

Mais, auparavant, nous allons placer ici les trois observations d'entérotomie que nous devons à l'amabilité de M. Auffret.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer des observations inédites de laparotomie, et nous avons dû prendre nos renseignements dans des cas déjà publiés.

Observation première

Occlusion intestinale consécutive à un rétrécissement. — Entérotomie. — Guérison.

M. X... a 30 ans, une profession très active. D'un tempérament nerveux, il a une santé générale moins bonne en réalité qu'en apparence ; il a ressenti à différentes reprises, dans ces dernières années, des troubles de l'appareil digestif : alternatives de constipation et de dévoiement, douleurs sourdes, mal définies, dans le tube intestinal.

En 1883, troubles sérieux de ce côté pendant toute une semaine, troubles attribués par le malade à l'ingestion d'une charcuterie mal préparée. Tous les matins, depuis longtemps, il y a un peu de constipation : les selles sont morcelées, comme passées à la filière. Enfin le malade a depuis longtemps des hémorroïdes ulcérées et une chute de la muqueuse rectale, qui sort toutes les fois qu'il a de la diarrhée.

Au mois de septembre 1885, il fait, dans la même semaine, une série de marches exagérées, et les repas sont dérangés.

La dernière selle normale a lieu le mardi 16 septembre, à 2 heures de l'après-midi ; le 17 au soir, au retour d'une excursion fatigante, il ressent des malaises, de la perte d'appétit ; la nuit suivante est agitée, sans sommeil.

Le 18, anorexie, langue chargée ; ventre dur et tendu ; quelques coliques très douloureuses. Le malade prend 0 gramme 05 d'extrait de belladone, qui calme les douleurs sans autre effet.

Le 19 au matin, ballonnement du ventre, absence complète de selles, grande dépression des forces. L'administration d'une bouteille de Pullna reste sans résultat.

La nuit du 19 au 20 a été mauvaise : coliques, hoquet pénible et

presque ininterrompu ; cinq à six vomissements muco-biliéux dans les 24 heures ; le ballonnement et l'anxiété respiratoire ont augmenté. Cataplasmes , grand bain.

Du 21 au 22, même état. Administration d'un drastique sans succès ; injection d'eau tiède par le fondement ; le soir, séance de faradisation, bain de siège, potion belladonnée pour la nuit.

Le 23, plus de vomissements ; les autres signes persistent. Grand bain, nouvelle injection rectale (évacuation de deux scybales), séance d'électricité, 2 grammes de chloral.

Le 24, après une nuit calme, le malade réclame un purgatif. On lui donne à contre-cœur 30 grammes d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton. Le malade s'administre lui-même une pilule d'huile de croton, et aussitôt les symptômes s'aggravent : les douleurs augmentent, le ventre est extrêmement distendu, la gêne respiratoire est inquiétante, et le patient réclame à grands cris un soulagement immédiat. Les médecins traitants, voyant le danger, envoient chercher M. le docteur Auffret, qui voit le malade pour la première fois le 24 au soir.

Il est debout, le cou tendu, le tronc incliné, les deux mains appuyées au dos d'une chaise ; il demande de l'air à grands cris. Le ventre est régulièrement et complètement météorisé, avec un peu de submatité relative vers les parties les plus déclives. Toute autre perquisition est impossible.

Une ponction est reconnue indispensable, et pratiquée avec l'appareil Potain : issue de gaz et d'un verre de matières fécales liquides. Le ventre tombe, le malade respire bien et passe une bonne nuit.

Le 25, ballonnement moindre, mais selles nulles. Injection rectale abondante, injection forcée avec le siphon, mais sans effet. Violentes coliques sous-ombilicales s'irradient de droite à gauche. Séance de faradisation. Pouls 72 ; température 37°.

Le 26, même état. Injections rectales ; courants continus. Pouls 84 ; température 39°. Le soir, extrême sensibilité de l'abdomen, parole brève et saccadée, excitation cérébrale. Potion opiacée.

Le 27, nuit mauvaise, fièvre vive, température 38° 8, pouls 80, douleurs vives, vomissements bilieux, épreintes.

Dans ces conditions, on ne peut songer à intervenir ; il y a péritonite : ce serait compromettre le résultat de l'opération, et il n'y a pas urgence. Immobilité, cataplasmes, onctions mercurielles belladonnées, glace et bouillon glacé.

Le 28, la nuit a été mauvaise, et les symptômes s'aggravent.

Le 29 au matin, les symptômes généraux restent les mêmes, mais les symptômes de la péritonite sont moins inquiétants. Le malade s'affaiblit, et il est évident qu'au premier moment il faudra intervenir.

Le 30, nuit agitée. Le matin, syncope. L'anxiété respiratoire est extrême. Une ponction soulage à peine le malade.

Toutes les chances ordinaires de rétablir le cours des matières ont été épuisées, et les signes de la péritonite ont disparu : il est temps d'intervenir d'une manière plus active.

La saillie centrale plutôt que périphérique, les coliques sous-ombilicales s'irradient de droite à gauche dans une étendue de 0 mètre 20 et s'éteignant en un point précis, les commémoratifs, font diagnostiquer un rétrécissement siégeant à gauche, vers la fin de l'intestin grêle, et peu éloigné de la valvule iléo-cœcale. En présence de ce cas d'occlusion, M. Auffret opte pour l'entérotomie pratiquée à quatre travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope, un peu au-dessus du point classique, de façon à tomber en amont du point d'arrêt. Et cette décision est motivée par la nature probable de l'affection, et par la présence d'adhérences déjà anciennes qui doivent exister après la péritonite. L'anus artificiel est pratiqué en ce point, et on tombe à une petite distance au-dessus de l'obstacle, comme l'indique un flot de matières demi-liquides, mélangées de matières fécales durcies, qui s'échappe par la plaie.

Le lendemain, la température est à 38° et le pouls à 80.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux. Les matières sortent par la plaie en moins grande quantité et un peu plus fermes :

ce sont des matières jaunes, demi-solides, à aspect fécal, qui prouvent qu'on est fort bas dans l'intestin grêle.

Tout marche à souhait, le poulx et la température sont normaux, et, au quinzième jour, on tente une première injection dans l'intestin. Les jours suivants, la visite du bout inférieur montre que l'obstacle est à 10 ou 12 centimètres de l'anus artificiel.

La santé générale est parfaite, les digestions se font aisément, l'embonpoint reparait, la sortie des matières se fait facilement ; elles sont plus fermes et mieux digérées.

Pendant le second mois, les selles se régularisent (deux par jour).

Trois mois après le début des accidents, première selle par l'anus ; un mois plus tard, seconde selle ; en février, trois selles. On peut espérer que les fonctions normales se rétabliront. Malheureusement, un an après l'opération, il n'y a aucune selle par l'anus naturel ; mais, tous les jours, il y a une selle par l'anus artificiel, et M. X... jouit d'une parfaite santé et répond à toutes les exigences d'une profession très active.

Observation II

Rétrécissement dû à un cancer du rectum. — Colotomie lombaire. — Mort.

M^{me} S... a 30 ans. Après des accidents du côté de l'utérus, elle a une grossesse, suivie de troubles digestifs, vomissements, constipation. Les vomissements sont alimentaires, nullement fécaloïdes, mais les selles deviennent de plus en plus rares, et quand M. Auffret est appelé, il y a quinze jours qu'elle n'a eu aucune selle. La malade a alors un visage amaigri, un teint ictérique prononcé, la figure d'une cancéreuse, mais point le facies spécial, presque pathognomonique, de l'étranglement interne. En découvrant le ventre, on constate un bal-

lonnement extrême avec prédominance manifeste à gauche, saillie en voussure de l'angle que fait le côlon transverse avec le côlon descendant, au point d'y constituer, à la palpation, une véritable tumeur gazeuse ; affaissement, par contre, du flanc droit. La sensibilité de l'abdomen est extrême à gauche.

Le toucher rectal fit rencontrer, à 12 centimètres environ, un rétrécissement très serré, à bords indurés et divisant le rectum en deux loges. M. Auffret songea aussitôt à l'opération de Callisen ; mais la famille eut des attermolements regrettables ; il fut obligé de s'absenter sur ces entrefaites, en parla à la Pitié avec M. le professeur Verneuil, qui conseilla la colotomie dans l'hypochondre gauche et, à son retour, l'opération, devenue urgente, avait été faite suivant la méthode de Callisen. Parfaitement réussie au point de vue opératoire, elle avait soulagé la malade, mais le mal était trop avancé, et M^{me} S... succombait, six jours après, à la cachexie cancéreuse.

Observation III

Occlusion intestinale datant de quatre jours. — Anus artificiel pratiqué sur le cœcum. — Mort.

M. X..., chef d'escadron d'artillerie au port de Lorient, présente depuis le 5 août tous les signes d'une occlusion intestinale dont les principaux sont : vomissements porracés incoercibles, suppression complète de l'émission des matières et des gaz par l'anus.

Le 9 août, après quatre jours d'un état constamment grave, la famille très inquiète demanda un médecin consultant, et le D^r Auffret, de Brest, fut appelé. Il arrive le soir même, dans la nuit, et se trouve en présence d'un homme d'une cinquantaine d'années, à la dernière période d'une occlusion à marche rapide, dont la cause n'avait pu être déterminée.

Le médecin traitant est appelé ; il ne peut fournir de renseignement sur l'origine du mal ; la prostration du malade est trop grande pour que l'on puisse en tirer quelque chose ; l'examen minutieux de l'abdomen, de l'anus, etc., n'éclaire pas davantage.

Entre 1 heure et 2 heures du matin, M. X... a une syncope prolongée : le pouls est fréquent, à 135, très dépressible, filiforme.

Le malade peut succomber d'un moment à l'autre ; il faut opérer, et rapidement.

La première idée des médecins traitants est en faveur de la laparotomie, qui répond aux exigences de ces cas rapides. Oui, mais à condition qu'elle soit pratiquée très près du début, alors que le patient peut la supporter. Mais, en présence de l'extrême débilité du commandant X..., est-il prudent d'entreprendre une opération aussi grave et aussi aléatoire ? Car enfin le siège de l'étranglement et sa nature restent complètement inconnus. Il est donc décidé d'un commun accord que l'on pratiquera un anus artificiel sur le cœcum, et c'est ce qui fut fait par M. Auffret, avec l'aide éclairée des docteurs Lediberder. L'opération est entreprise à 5 heures du matin, et le malade est pansé à 7 heures. L'anus artificiel avait donné lieu à l'émission d'un litre et demi de matières ; on était donc en amont de l'obstacle, mais on n'était pas dessus.

A ce moment, M. Auffret proposa de prolonger l'incision pour aller à la recherche de l'obstacle, malgré l'extrême débilité du blessé dont le pouls avait été à peine perceptible pendant toute l'opération. Somme toute, il fut jugé prudent de s'abstenir, et c'était probablement le parti le plus sage, car l'opéré, malgré tous les soins dont il fut entouré, et malgré l'évacuation abondante qui s'était faite, succomba la nuit suivante.

En raison de l'extrême faiblesse du pouls et des signes concomitants, M. Auffret croit que le commandant X... succomba à une perforation intestinale. Mais il estime aussi que, si l'opération avait été pratiquée dans les 48 premières heures du mal, il y avait des chances probables de guérison.

La cause de l'arrêt est d'ailleurs restée inconnue, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée.

Indications à l'entérotomie et à la laparotomie. — Notre intention n'est nullement de proscrire l'une de ces deux opérations au bénéfice de l'autre ; car, comme dit M. Auffret, « ce sont toutes deux d'excellentes opérations, mais nous nous refusons à établir un parallèle entre elles ; vu qu'elles s'adressent presque toujours à des cas différents, qu'elles répondent à des indications différentes. » Ce sont ces indications que nous allons faire en sorte d'exposer le plus clairement possible.

La laparotomie est une opération des premiers jours de la maladie, du début des accidents, ou des accidents brusques, qui menacent immédiatement la vie. Si, dans ces cas, les moyens dits médicaux n'ont rien produit, et que la péritonite ne se soit pas encore déclarée, la laparotomie est nettement indiquée. C'est l'opération des étranglements par brides, diverticules, trous anormaux, volvulus, plicatures que la faradisation n'aura pas dépliés, obstructions insolubles dont le siège reste inconnu.

L'entérotomie est au contraire l'opération tardive, des derniers jours. C'est elle qui convient aux occlusions à marche lente, à allure chronique. C'est elle qui est indiquée dans les rétrécissements, quels qu'en soient le siège et la nature (observ. I) ; dans les cas où il y a lieu d'appréhender des adhérences ; dans les obstructions intestinales rebelles dont le siège est connu ; et toutes les fois que l'on a des motifs sérieux de supposer l'intestin malade, ulcéré. Dans ce dernier cas, l'entérotomie fait cesser les accidents qui allaient entraîner la mort du malade, et donne le temps de s'accomplir à la guérison de l'intestin, et même à la guérison de l'occlusion, lorsqu'elle peut s'opérer spontanément, comme dans certains cas d'invagination où la guérison survient, soit par réduction de l'invagination par les mouvements péristaltiques, soit par sphacèle de la portion invaginée et soudure des deux bouts de l'intestin. De plus, on peut espérer, lorsque l'occlusion est

réduite et que l'intestin n'est pas trop malade, la guérison de l'anús contre nature.

Quelle sera la conduite à tenir, suivant que l'on connaît ou que l'on ignore le siège de l'occlusion ? Si le siège de l'occlusion est connu, on devra se baser sur les règles que nous avons exposées plus haut ; s'il est inconnu, et que les accidents soient au début, sans symptôme de péritonite, on choisira la laparotomie, sauf à faire ensuite, si on le juge nécessaire, une entérotomie consécutive. C'était le procédé adopté par Nélaton, procédé qui, suivant Peyrot, aurait donné quelques bons résultats.

Quand on est appelé près d'un malade, qu'il faut agir de suite, et qu'il est impossible de diagnostiquer ni le siège ni la nature de l'occlusion, l'entérotomie est préférable, car, en pratiquant la laparotomie, le malade pourrait mourir pendant l'opération, et, de plus, on ne sait pas si on pourrait lever l'obstacle (observ. III).

« A toute extrémité, on pratiquera l'entérotomie, celle-ci de préférence à la gastrotomie, qui ne sera appliquée que dans le cas où l'on sera parfaitement assuré de l'espèce d'occlusion dont il s'agit, et si elle est susceptible d'être levée facilement. » (*Dict. de Jaccoud*, XIX, page 328).

Dans le cas de cancer rétrécissant le calibre de l'intestin, on doit se comporter comme dans tout autre rétrécissement (Observation II). On a soulevé la question de savoir si alors on ne devait pas pratiquer la résection de l'intestin ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici de cette question.

Doit-on opérer s'il y a péritonite ? Les uns répondent : non, dans aucun cas ; d'autres, comme Peyrot, disent que « l'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication à la laparotomie. » Pour nous, nous croyons, avec M. Auffret, qu'il vaut mieux s'abstenir, à moins que l'indication ne soit tout à fait urgente.

Et maintenant, avant de terminer, disons que le chirurgien n'intervient pas assez souvent, et, dans beaucoup de cas, trop tardivement. L'occlusion devrait être regardée comme une affection absolument

chirurgicale, et c'est là que le médecin doit être doublé d'un opérateur. Il doit se demander, dès le début, si c'est un cas à marche foudroyante. Si oui, après quelques prompts essais d'injections ou d'électricité, opérer de suite. Si non, épuiser l'action des moyens dont il peut disposer, mais se tenir toujours dans l'expectation, et prêt à agir.

Pour le manuel opératoire, nous renvoyons aux traités spéciaux; mais il ne faut pas oublier que, si l'antisepsie joue un grand rôle dans les opérations ordinaires, ici une antisepsie bien faite est une condition nécessaire du succès.

CONCLUSIONS

1. — L'occlusion, quels que soient les moyens qui doivent en triompher, est toujours une affection chirurgicale (Auffret).

2. — Pour fixer le diagnostic, on doit chercher à résoudre ces trois questions :

Y a-t-il occlusion ?

Quel en est le siège ?

Quelle en est la nature ?

Et si l'on ne peut préciser le diagnostic de la variété, il faut, afin de baser son intervention sur la réponse qui y sera faite, se poser la question :

Est-ce une occlusion à marche foudroyante ? à marche rapide ? à marche lente ?

3. — L'intervention chirurgicale est trop souvent nulle ou tardive.

4. — Après avoir promptement fait essai des moyens dits médicaux, si l'occlusion ne cède pas, et surtout si elle progresse, il faut se résoudre de suite à une opération.

5. — L'entérotomie et la laparotomie ont des indications tout à fait différentes.

A la laparotomie reviennent :

Les cas à marche foudroyante, quelle qu'en soit la cause (étranglement, volvulus, etc...);

Les obstructions aiguës dont le siège est inconnu ;

Les invaginations à marche rapide.

A l'entérotomie :

Les rétrécissements ;

Les invaginations à marche lente ;

Les obstructions à siège défini.

6. — Dans tous les cas, il faut suivre avec attention son malade, et se tenir prêt à intervenir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 Juillet 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 Juillet 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoire sur les anus contre nature. Sabatier (Mém. de l'Acad. roy. de chir., 1874, t. V, p. 592). — *Dissertation sur l'anús contre nature.* Leblanc (Thèse de Paris, 1805). — *De l'occlusion intestinale.* Masson (Thèse de Paris, 1857). — *Étude sur l'occlusion intestinale.* Besnier (Thèse de Paris, 1857). — *De l'anús contre nature.* Foucher (Thèse d'agrégation, Paris, 1857). — *Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes.* Larguier des Bancels (Paris, 1870). — *Gastrotomie dans le traitement de l'obstruction intestinale.* Annandale (Edimb. med. journ., fév. 1871). — *De la gastrotomie dans les étranglements internes.* Delaporte (Paris, 1872) — *Symptômes et Diagnostic de l'occlusion intestinale.* Hensgen (Deutsche med. Wocheusch., 7 déc. 1877). — Thèse de Le Moyne, 1879. — *Le traitement actuel et ancien des obstructions intestinales.* O. Thomas (Londres, 1879). — *Du traitement de l'occlusion intestinale.* S. Messenger Bradley (Brit. med. journ., 31 mai 1879). — *Contribution à l'étude des occlusions intestinales.* Commuci et Bianchi (Lo Sperimentale, juillet 1880). — *Considérations cliniques sur quelques cas d'occlusion intestinale.* A. Paci (Lo Sperimentale, oct. 1881). — *La 1^{re} laparotomie exécutée en clinique pour une occlusion intestinale rebelle.* Galozzi (Il Morgagni, août 1882). — *L'occlusion intestinale.* Vandamme (Th. de Paris, 20 juillet 1883). — *De la suture de l'intestin par Hohenhausen* (Deutsche med. Woch..., n° 36. 1883). — *De la laparotomie en cas d'obstruction intestinale.* John Morgan (Brit. med. journ., oct. 1883) — *Discussion sur l'obstruction intestinale et son traitement chirurgical.* Rushton Parker. (Brit. med. journ., oct. 1883). — *Enquête sur l'obstruction intestinale.* D. Webster (New-York med. journ., p. 418. 1884). — *Laparotomie*

pour l'occlusion intestinale. L. Medini (Boll. d. sc. med., oct. 1884). — *Laparotomie dans l'occlusion intestinale*. Obolinsky (Wien. med. Presse, n° 48, 1884). — *De l'occlusion intestinale par Béraud*. (Th. de Paris, 27 juillet 1885). — *De l'intervention opératoire dans les cas d'obstruction chronique de l'intestin grêle*. Knaggs (Lancet, 9 oct. 1886). — *Dictionnaire de Jaccoud* (t. XIX, p. 307, et t. II, p. 702). — *Dictionnaire de Laugier* (t. III. 1833). — Archives de médecine navale, nov. 1885 : *Mémoire sur les occlusions intestinales du D^r Auffret*. — Trousseau. *Clinique médicale*. — Laugier. *Bulletin de chirurgie*, I, p. 245.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*
